DES

GROSSESSES MÉCONNUES

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Décembre 1901

PAR

Antoine BARBAROUX

Né à Mouriès, le 23 octobre 1873

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE Gustave FIRMIN et MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✳) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✳)
Clinique médicale	GRASSET (✳).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✳)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✳).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✳).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	de ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	BERTIN-SANS
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
de ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MOURET, *agrégé.*
VALLOIS, faisant fonction de professr	JEANBRAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A. BARBAROUX.

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A. BARBAROUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FORGUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT DE MÉDECINE

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ VALLOIS

A. BARBAROUX.

MEIS ET AMICIS

A. BARBAROUX.

En nous faisant l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale, M. le professeur Forgue a ajouté une nouvelle marque de sympathie à celles qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant nos études médicales.

Dans notre pratique journalière, les savantes leçons entendues à sa Clinique, le soin avec lequel il nous a appris à faire un diagnostic au lit du malade, ainsi que les remarques qui suivaient chacune de ses habiles interventions, nous seront d'un précieux secours.

Que M. le professeur Estor et M. le professeur Truc, dans le service duquel nous avons rempli, pendant tout un trimestre, les fonctions d'externe bénévole, veuillent bien accepter ici l'expression de toute notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Vallois, qui nous a inspiré notre travail, a droit à plusieurs titres à notre reconnaissance. Nous n'oublierons pas en lui le professeur qui nous a guidé jusqu'à la fin de nos études, mais nous nous souviendrons aussi du soin qu'il a mis à nous faire comprendre le mécanisme normal de l'accouchement et l'habileté avec laquelle il nous a enseigné la pratique des interventions obstétricales.

Que MM. les professeurs-agrégés Mourel, Lapeyre, Imbert et Jeanbrau, veuillent bien aussi agréer nos remerciements pour l'amabilité qu'ils ont toujours eue à notre égard.

Merci au docteur Louis Reynès, chef de Clinique à la Maternité, pour les conseils pratiques qu'il s'est toujours efforcé de nous donner à ses conférences cliniques.

Les docteurs Courtouglou, de Constantinople, et Descombes, de l'île Maurice, ont droit également à notre reconnaissance pour l'empressement qu'ils ont mis à nous être agréable en nous facilitant l'intelligence des textes grecs et anglais qui ont servi à notre travail.

DES

GROSSESSES MÉCONNUES

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE

INTRODUCTION

Le diagnostic de la grossesse, surtout pendant les premiers mois, est souvent un des problèmes les plus difficiles que le praticien ait à résoudre.

Sans doute, dans l'immense majorité des cas, la grossesse produit dans l'organisme un bouleversement si complet des fonctions de l'économie qu'elle ne saurait passer inaperçue ; elle s'accuse par des signes si évidents et des symptômes si nombreux qu'elle saute aux yeux même des plus ignorants, que le vulgaire l'affirme. Mais, il n'en est pas toujours ainsi. Rarement, il est vrai, mais trop souvent encore, la sagacité du praticien est mise en défaut. Tantôt les éléments qui servent de base au diagnostic sont vagues et si peu significatifs qu'ils n'ont aucune

valeur suffisante ; tantôt, les signes primordiaux, pathognomoniques, exigent, pour être décelés, des recherches si difficiles, qu'elles restent sans résultat, et on conclut à leur absence. D'autres fois, le tableau change ; les phénomènes observés semblent attester une grossesse qui n'existe pas, ce sont les fausses grossesses, les grossesses simulées. D'autres fois, enfin, celle-ci est masquée dans son évolution par l'apparition successive de symptômes bruyants, dus à des affections de voisinage, qui attirent seuls et détournent sur eux l'attention et font méconnaître l'état puerpéral ; c'est de ces dernières, des grossesses méconnues seules que nous nous occuperons dans ce travail. Et encore, loin de nous la prétention de passer en revue tou sles états physiologiques ou pathologiques qui cachent une grossesse. Les raisons qui la font passer inaperçue sont trop nombreuses pour être même énumérées et d'ailleurs trop particulières à chaque cas ; aussi parlerons-nous seulement des plus fréquentes.

Nous sommes persuadé que, dans la pratique, bien des grossesses sont méconnues parce qu'on n'a pas pensé à les rechercher. Les signes n'en étaient pas évidents, on est passé à côté, en rattachant à toute autre cause les troubles accusés par les malades, on portera souvent un diagnostic délicat, inexact, et on n'a pas pensé à l'hypothèse la plus simple, la grossesse normale.

A côté de ces erreurs de diagnostic *par oubli*, en quelque sorte, il y a celles commises dans les cas difficiles, que l'observation la plus attentive, l'inter-

prétation la plus rigoureuse des faits ne suffiront pas à faire éviter.

Ces erreurs honorables, qui font prendre pour une grossesse normale ou toute autre affection une grossesse intra-utérine, les médecins instruits les admettront, parce qu'ils les expliqueront, mais elles n'en nuiront pas moins à leur auteur auprès du public. Celui-ci, en effet, se décidant avec sa témérité habituelle d'affirmation, et toujours prêt à trancher les questions dont il ne connaît pas le premier mot, n'hésite point à considérer comme un ignorant de première classe le malheureux médecin coupable d'avoir commis une erreur à propos de la grossesse.

« Qu'un embarras gastrique, en effet, soit pris pour une fièvre typhoïde, une pleurésie pour une pneumonie, une contusion pour une fracture, les malades guérissent ou meurent, et si un second médecin, plus habile, n'est pas appelé, l'erreur peut compter sur l'absolution du succès ou le silence du revers Au contraire, la grossesse a ceci de spécial : qu'un diagnostic erroné n'a pas besoin d'être redressé par un confrère plus instruit. Le temps se charge de la rectification. Si la femme est déclarée enceinte sans restriction et qu'elle n'accouche jamais, ou inversement, si la grossesse est niée et que l'accouchement se fasse une nuit ou l'autre, le médecin aura quelque peine à faire accepter par la cliente et la famille une interprétation favorable à son savoir obstétrical. »

Nous avons réuni quelques observations de gros-

sesses méconnues, pour prouver que, parfois, les signes extérieurs, nombreux cependant, et manifestes à l'ordinaire, sont assez fugaces; les symptômes subjectifs, bien alarmants quelquefois, passent assez inaperçus pour qu'une grossesse soit ignorée jusqu'à son terme, par des femmes de bonne foi, et soit méconnue par des médecins expérimentés.

Nous pensons ainsi faire œuvre utile en attirant sur ce point, par ces quelques observations, l'attention des praticiens. C'est à cela que nous bornons notre tâche, trop heureux si les quelques cas d'erreur que nous avons pu réunir pouvaient éviter désormais aux femmes enceintes des interventions inutiles et dangereuses, aux médecins, des méprises désagréables.

PREMIÈRE PARTIE

Toutes les erreurs de diagnostic, par lesquelles une grossesse est méconnue, peuvent se ranger en deux groupes :

1° Elles résultent d'un interrogatoire insuffisamment rigoureux ;

2° Elles sont dues à un examen incomplet. Dans l'interrogatoire, que l'on fait subir à une femme, chez qui l'on recherche une grossesse, toutes les questions ont pour but de déceler des signes de probabilité. Comme ils sont tous d'origine maternelle, l'intéressée seule pourra nous renseigner à cet égard. D'emblée, on entrevoit toutes les erreurs qui vont être commises, et l'on comprend qu'il soit chose assez commune que pendant les trois ou quatre premiers mois une grossesse ne puisse être affirmée. D'abord pareille enquête exige la bonne foi absolue de la personne interrogée. Or, on voit chaque jour en justice, des malheureuses nier énergiquement tout symptôme subjectif éveillant l'idée d'une grossesse possible. Et d'abord, on se heurte parfois à la négation absolue de tout rapport sexuel. De la part de veuves fort honorées ou de filles appartenant à des

familles notoirement honorables, ces négations sont bien faites pour jeter de grands troubles dans l'esprit du jeune médecin, d'abord en l'empêchant de recueillir les renseignements utiles, et aussi en provoquant chez lui de respectables scrupules. Quelle situation embarrassante, que de circonspection et de tact ne faut-il pas pour s'en tirer avec honneur ?

Un de mes amis, dit Pajot, me conduit dans une honnête famille. Il venait d'être appelé pour donner ses soins à une jeune fille de 20 ans, malade depuis plusieurs mois, une ascite avait été soupçonnée antérieurement à sa venue. Mon ami conçoit des doutes, croit à une grossesse et à un travail commençant ; il n'ose se prononcer résolument, certain de porter un tort terrible à cette honorable famille. La jeune fille souffre beaucoup au moment où il la quitte pour venir me prier de donner mon opinion, et, comme nous arrivions, la jeune malade partait en voiture chez une sage-femme. Les membranes venaient de se rompre, les parents avaient enfin ouvert les yeux devant un accouchement imminent.

En 1860, le docteur Hortelanp, médecin de l'Hôtel-Dieu, demanda à Pajot son avis sur une jeune femme tombée dans son service. Il s'agissait d'une malade portant, dans la région hypogastrique, à droite, une tumeur souple, ressemblant fort à un utérus gravide de quatre mois environ. La jeune femme affirmait *qu'elle n'avait eu aucun rapport sexuel depuis au moins trois ans*. M. Hortelanp, un grand nombre de médecins et d'élèves l'avaient examinée, et en l'absence de signes probants, puis aussi en présence

de certain phénomène insolite dont la tumeur était le siège, le diagnostic semblait fort équivoque. On demanda à Pajot de dire son sentiment. Le palper et le toucher combinés lui donnèrent d'abord une certitude : la tumeur était réellement l'utérus.

Depuis quatre mois, il y avait eu quelques apparitions sanguines irrégulières, au dire de la malade. Mais l'auscultation révélait un phénomène anormal, un battement artériel, très fort, isochrone du pouls, soulevant la tumeur sous l'oreille et sans souffle. En regardant à contre jour, et l'œil suivant une horizontale tangente au point culminant de l'hypogastre, on voyait même clairement ce soulèvement de tumeur à chaque pulsation. Ce mouvement s'accompagnait d'un bruit de choc isochrone au battement, suffisant pour empêcher de rien entendre dans l'utérus. Pajot demande à consulter la malade le matin à jeun, avant de se prononcer. Rendez-vous est pris pour le lendemain. Le rectum et la vessie sont vidés au préalable. A l'auscultation le bruit artériel est beaucoup moins marqué. Il entendit une fois le choc fœtal et même les bruits du cœur, très faibles et très fugaces, mais sans parvenir à les faire entendre à personne et sans pouvoir même les retrouver une seconde fois. Cependant, sûr d'avoir entendu le choc fœtal et le cœur, en présence des élèves et des médecins attirés par ce cas difficile, il affirma la grossesse, puis, excité par les dénégations aigres et persistantes de la malade, il se laissa aller à dire assez haut : « Si cette fille n'est pas enceinte, je consens à ce qu'on me coupe la tête. — Eh bien, Monsieur, riposta-t-elle

sans hésiter, on vous la coupera, car c'est impossible et vous n'y connaissez rien. » Deux mois après, la grossesse n'était plus douteuse, et un peu plus de 1 mois et 1|2 après cet examen, la fille accouchait. naturellement.

Alors seulement elle se souvint qu'en remontant un soir de la cave, un garçon de la maison l'avait suivie. Mais disait-elle, « je n'aurais jamais cru avoir crié trop tard ! »

Quelquefois, le coït est nié par des femmes qui l'ignorent réellement et n'ont aucunement le désir de tromper leur entourage. Une vierge a pu être prise de force et au milieu de son agitation, en se débattant, être fécondée sans s'en douter. Nous ne parlerons pas des cas, rares heureusement, dans lesquels le séducteur aura endormi du sommeil hypnotique une hystérique, avant de la violer, comme dans le roman d'André Couvreur « le mal nécessaire ». Ou un médecin ou un dentiste aura profité du sommeil au chloroforme ou au protoxyde d'azote pour assouvir sa passion sur une cliente.

D'autres fois, la négation de tout rapport sexuel sera d'autant plus énergique qu'il n'y aura pas eu coït proprement dit. Il n'est pas toujours nécessaire pour que la fécondation s'accomplisse, que l'érection se produise et que la verge pénètre dans le vagin. Dans quelques cas exceptionnels, il est vrai, l'émission du sperme sur la vulve suffit pour que l'imprégnation soit la conséquence de ce rapprochement incomplet. On rencontre des maris « disposés à décliner de bonne foi une paternité très légitime sous prétexte

qu'ils ont toujours accompli la dernière partie du coït, de manière à rendre la fécondation impossible. »

Il est bon pour le repos des familles que cette erreur soit complètement détruite. Joulin cite, à ce propos, un cas fort curieux : Il fut consulté, en 1861, par une jeune femme de 27 ans, pour une tumeur abdominale qui lui causait de vives inquiétudes.

Après un examen attentif, il conclut à une grossesse de 6 à 7 mois. Elle opposa à ce diagnostic une raison en apparence assez péremptoire : elle était vierge. En effet, la membrane hymen, très développée, était intacte et permettait à peine l'introduction du petit doigt. Sans tenir compte de cette fin de non-recevoir, Joulin ausculte, et les bruits fœtaux confirment d'une manière inébranlable sa première impression. La patiente persiste dans son incrédulité qui ne se dissipa que plus tard ; elle fit alors des aveux très spontanés ; elle avait subi un *seul* rapprochement, plutôt périvulvaire que sur la vulve.

La fécondation n'exige donc pas une copulation complète, elle pourra se produire aussi toutes les fois que le germe sera en contact avec les organes génitaux externes.

La fécondation artificielle peut aussi donner lieu à la gestation, en dehors de tout rapprochement sexuel. Une autre cause qui explique parfois qu'une femme soit enceinte sans s'en douter, c'est l'illusion, dans laquelle elle vit, que toute grossesse chez elle est impossible.

Cette illusion est née, et a été entretenue, par une

longue stérilité, qui l'a privée de la joie d'être mère, au moment où elle l'aurait vivement désiré, et, de bonne foi aujourd'hui, elle se croit absolument incapable de procréer.

Une longue métrite chronique, née quelquefois au lendemain du voyage de noce, une ablation d'un ovaire, causent souvent ces longues illusions, puis tout d'un coup, après 20, 25 ans de mariage, quand tout espoir de maternité est depuis longtemps abandonné, la fécondation s'opère, il survient une grossesse qui a grand chance de rester ignorée.

Dans le *Journal Général de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie*, t. 77, page 50-60, déjà en 1821, nous trouvons une observation de Bourgeois, sur un cas de grossesse méconnue, et le peu d'efficacité du traitement emménagogue, après la conception.

Madame S..., femme d'un riche fermier, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était mariée depuis 22 ans et avait atteint la 47e année, sans avoir jamais donné aucun signe de fécondité. Toujours très régulièrement menstruée, elle n'avait jamais cessé de jouir d'une santé parfaite, lorsque, peu de jours après les règles, elle fut prise inopinément d'un vomissement violent, alimentaire d'abord, muco-bilieux ensuite. L'officier de santé appelé, en présence des nausées continuelles, trouvant la langue blanche, la face pâle, des tendances à la syncope, croit à un embarras gastrique et ordonne trois grains d'émétique. Cette médication n'amène aucun résultat ; les troubles digestifs persévèrent les jours suivants, avec la même intensité.

Dès lors, amaigrissement progressif, la malade perd chaque jour son embonpoint, ses couleurs ; ses yeux s'excavent, ses traits altérés expriment de profondes souffrances sans qu'elle en puisse préciser le siège. Malgré l'affection de son entourage, elle pleure sans cesse ; son caractère change, elle ne maîtrise plus ses impressions morales. Le moindre exercice physique provoque une crise de vomissements avec syncope consécutive. Considérés, d'abord, comme nerveux et précurseurs de l'âge critique, ces symptômes deviennent inquiétants par leur persistance. L'évacuation menstruelle s'opère normalement chaque mois. On ne doute plus qu'ils ne tiennent à quelque affection organique du pylore. A nouveau diagnostic, nouveau traitement. Evacuations sanguines locales, bains, antispasmodiques, eaux gazeuses, vésicatoires, cautère sont successivement employés, des mois se passent. L'état général s'aggrave, le pronostic s'assombrit, chacun redoute une fin prochaine.

Sur ces entrefaites, on s'aperçoit que le bas-ventre contraste par son volume avec l'émaciation des parties voisines ; il paraît tuméfié et comme distendu, particulièrement à droite. On en conclut que les principaux viscères s'engorgent successivement, il s'est formé, en outre, une hydropisie. Nouveau traitement institué sur cette base (purgatifs hydragogues, préparations scillitiques, diurétiques puissants). Mais le mal empire toujours. Mme S... se plaint de sentir des battements sourds et des mouvements insolites dans l'abdomen, on les attribue à l'ondulation du

liquide épanché et à un dégagement de gaz. Les évacuations menstruelles ne cessent point d'être régulières, seulement elles paraissent moins abondantes, les extrémités inférieures se tuméfient et se couvrent de varices.

Cependant, le ventre acquiert un tel volume que ses parois distendues outre mesure, s'excorient et se crevassent. La ponction abdominale proposée est acceptée, mais on demande l'avis confirmatif d'un second médecin. Celui-ci est d'abord frappé de ne pas trouver dans cet énorme abdomen la fluctuation caractéristique de l'ascite. Son attention ainsi mise en éveil, il poursuit en silence ses recherches et demande à toucher la malade. Quelle ne fut pas sa surprise, quand il reconnut une grossesse près du terme. Le sourire sur les lèvres, et sur le ton de la plaisanterie, il demande à Mme S... si elle a une layette. Grand émoi dans l'assistance ; peu s'en fallut qu'on ne relevât son impertinence. On soulève mille objections, si bien que, désespérant d'entraîner une conviction complète, il se restreint à demander la suspension de tout traitement, au moins pendant un mois et qu'on sursoie à la ponction. Trois semaines étaient à peine écoulées que la malade fut prise des douleurs de l'enfantement et qu'elle accoucha fort heureusement d'une fille très bien portante.

Cette observation est intéressante à un triple point de vue. Nous y relevons :

1° L'apparition tardive de la grossesse, à 47 ans, après 22 ans de mariage ;

2° La persistance des règles pendant toute la durée;

double condition qui rendait délicat le diagnostic de grossesse ;

Enfin 3° la résistance de l'œuf à tous les emménagogues employés.

A côté de ces cas où la femme se croit stérile depuis toujours, congénitalement en quelque sorte, il y a les cas où l'on croit, à tort, la stérilité acquise pour ainsi dire par une opération abdominale quelconque. Cette fausse conviction entraîne aussi à méconnaître la grossesse. Une opération « au ventre » quelconque a été subie ; qu'une grossesse survienne, elle a chance d'être méconnue parce que la malade se croit désormais incapable de devenir enceinte, et elle risque fort, par ses renseignements inexacts, d'induire son médecin en erreur. De là, l'obligation pour le praticien, en présence de troubles abdominaux physiques ou fonctionnels, de fouiller avec soin les antécédents de sa malade, de les passer au crible de la critique la plus rigoureuse.

Dans la recherche des antécédents physiologiques, le médecin doit unir à la douceur du confesseur la sagacité du juge d'instruction; il doit tour à tour inspirer la confiance qui facilite l'aveu, et imposer avec assurance la perspicacité diagnostique qui rendrait l'aveu inutile. Ainsi on lui dira s'il y a eu rapport ou même simple contact péri-vulvaire, ou si la conviction de l'impossibilité d'une grossesse ne s'affirme que sur une longue période de stérilité, 22 ou 25 ans, par exemple.

Au point de vue pathologique, si une opération abdominale a été réellement subie, il faut que le

médecin sache si cette opération a été une kystérectomie ou une ovariotomie doubles, ou, chose bien rare, une double salpingotomie, seules opérations qui rendent impossible une grossesse. Pour cela, il cherchera à connaître l'affection qui a rendu l'opération nécessaire, ou les troubles qu'elle devait combattre et guérir, et même si un diagnostic précis et plausible est rapporté par la malade, le médecin se gardera d'y croire aveuglément, puisqu'il ne l'a pas vu.

Combien d'hystériques, avec la meilleure foi du monde, se croient opérées de double ovariotomie, qui n'ont jamais subi qu'une simple laparotomie de complaisance et sont parfaitement aptes à devenir enceintes.

L'ablation des annexes d'un seul côté ne suffit pas pour entraîner la stérilité. Ainsi à la huitième session du Congrès Français de Chirurgie, tenu à Lyon du 9 au 13 octobre 1894, M. Goullioud (de Lyon) a rapporté quatorze observations de grossesses chez des opérées de salpingo ovarites.

A combien d'erreurs peut mener la tendance commune à conclure d'une lésion annexielle opérée à la sterilité.

Bien plus, le rejet dûment constaté de débris placentaires, après un avortement, par exemple, ne doit pas faire écarter l'idée d'une conception ultérieure.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1841, Paul Dubois publiait justement un cas de conception chez une femme qui, quelques jours auparavant, expulsait des débris placentaires, et un autre cas de grossesse

après expulsion des débris d'un fœtus. Ces expulsions de débris étaient bien faites cependant pour prouver l'évacuation de la cavité utérine et faire méconnaître une grossesse survenue peu de temps après.

Mais poursuivons notre étude. Une cause qui fait qu'une femme ne se sait pas enceinte, la plus simple de toutes, mais non pas la plus rare, c'est l'absence de symptôme ou de signes de grossesse. Ce silence absolu peut durer non seulement jusqu'au troisième et quatrième mois, chose assez commune, en somme, mais jusqu'au sixième au septième, parfois même jusqu'au terme et au début du travail. La chose parait absolument invraisemblable, quand on songe aux nombreux signes de présomption, de probabilité et aux signes dits de certitude, qui permettent de démasquer l'erreur, quand on songe aussi que, chez quelques malheureuses, la grossesse produit des troubles si graves qu'ils entraînent la mort.

Il est évident qu'ici l'interrogatoire restera négatif. Au début, on ne recherche que les signes de présomption, tous d'origine maternelle ; ils seront ou légers, ou absents. Les classiques s'accordent pour en compter une dizaine : suppression des règles, coloration de la vulve et du vagin, troubles nerveux et digestifs, modifications des seins, développement du ventre, troubles cutanés, vergétures, ligne brune, aréole mammaire, masque, et enfin, la perception des mouvements qu'au début la mère seule peut ressentir. Les plus importants sont la suppression des

règles, les modifications des seins, la perception des mouvements et l'augmentation de volume du ventre.

La persistance des règles pendant la grossesse a été longtemps niée. Aujourd'hui, Pinard affirme qu'il ne l'a pas encore observée une fois. Cependant il est des observations de Haller, Mauriceau, Areaud et Dunal qui la constatent, nous ne saurions oublier que notre Maître M. Grynfeltt enseigne dans son cours que « chez une femme non réglée à l'état normal, les règles n'apparaissent que pendant la grossesse. » En tenant compte de ces faits, on peut accepter la conclusion écrite par Pajot, en 1860 : « Les femmes dont les règles se montrent pendant toute la durée de la grossesse égales en quantité, qualité et régularité à ce quelles sont hors de l'état de gestation, sont des exceptions extrêmement rares. »

Mais ajoutons avec Curuza (section d'obstétrique, Congrès internat. de Méd., Paris, 1900) :

« On peut avoir pendant la grossesse des hémorragies périodiques semblables aux règles, intimement liées au processus menstruel.

» Ces hémorragies peuvent persister jusqu'au terme de la grossesse, et, dans quelques cas très rares, se répéter chez la même femme à chaque grossesse. »

Les cas de persistance des règles pendant la grossesse devront donc être rangés parmi les cas exceptionnels, ou, bien plus fréquemment encore, l'étude de ces hémorragies (qualité, quantité, régularité) nous révèlera que ce ne sont pas de vérita

bles règles. Il s'agira en effet d'écoulement sanguin par les organes génitaux ou par l'anus sans rapport avec la menstruation (thrombus, rupture de varices vaginales, déchirures du col, hémorragies des premiers mois de la grossesse, placenta prœvia, décollement, hémorroïdes).

Les modifications des seins dues à la grossesse sont normalement assez caractéristiques (aréole, tubercules, augmentation de volume, écoulement de colostrum), mais parfois elles sont bien atténuées ; on peut d'ailleurs les voir en l'absence de grossesse, elles sont par conséquent sans valeur.

Quoi de plus net parfois que les mouvements du fœtus, chez une femme qui « sent remuer ». La mère annonce avec joie que tous les matins elle est éveillée par les caresses de són enfant qui frappe des coups réguliers à sa cloison utérine. Hébren, d'autres, multipares, n'ont jamais perçu ces mouvements fœtaux, soit qu'ils ne diffèrent pas assez des mouvements des viscères abdominaux pour attirer l'attention, soit qu'ils ne se produisent pas en réalité, soit qu'il faille penser à un certain degré d'anesthésie de la paroi abdominale, chez les hystériques par exemple (observ. communiquée par M. Vallois).

Quant au développement du ventre, comment faire fond sur lui ? Qui ignore que dans les grossesses « honteuses », filles appartenant à des familles honorables, veuves, ou femmes dont le mari est absent depuis longtemps, domestiques craignant la colère de leurs maîtres, l'état intéressant est dissimulé parfois jusqu'au début du travail ?

Les autres signes de probabilité ou de certitude ne sont révélés que par l'examen ; il ne faut pas compter sur eux, puisque la femme, ignorant elle-même sa grossesse et jouissant d'une santé parfaite, ne songe nullement à se faire examiner.

Par conséquent, à la question posée par Brouardel dans son *Précis de Médecine légale :* « Une femme peut-elle être enceinte sans le savoir ? », il faut répondre par l'affirmative.

Cette notion : « qu'une femme peut être enceinte sans le savoir » paraît évidente à la lecture des observations suivantes. Nous avons parcouru à cet effet la littérature médicale et nous avons été assez heureux pour recueillir un certain nombre de cas de grossesses méconnues. De tout temps, le fait a frappé les auteurs et nous le voyons déjà signalé dans une observation de 1812. Nous y joindrons une observation, communiquée par M. le professeur Vallois, dans laquelle une grossesse fut méconnue jusqu'au huitième mois par deux sages-femmes et quatre médecins, et chez une tertipare.

Si l'une d'elles, citée par Brouardel, concerne une jeune fille primipare et d'esprit simple, dans d'autres, il s'agit de grandes multipares ; la malade observée par Fox était déjà mère de huit enfants quand elle fut enceinte une neuvième fois, et mena, sans le savoir, cette neuvième grossesse jusqu'à son terme.

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le professeur Vallois).

Grossesse méconnue chez une tertipare jusqu'au huitième mois. — Troubles de la sensibilité.

Mme G..., 28 ans, tertipare.

Antécédents. — Premier accouchement il y a 6 ans; enfant vivant et bien portant. Hémorragies secondaires attribuées à la rétention de fragments placentaires. Curettage. Guérison.

Il y a 4 ans, fièvre typhoïde. Il y a 2 ans, deuxième accouchement : enfant vivant et bien portant. En janvier 1901, dernières règles ; 4 janvier, dernier jour. Depuis, aucune perte, ni rouge ni blanche. En mars, on consulte 2 sages-femmes, à Brest, qui ne croient pas à une grossesse et conseillent d'aller voir un médecin. Deux médecins consultés ne croient pas à une grossesse ; pour eux, la suppression des règles est due à l'anémie. En juin, à Poitiers, un médecin déclare qu'il n'y a ni grossesse, ni tumeur abdominale, qu'il s'agit d'une ménopause précoce.

En juillet, septième mois, un quatrième médecin rassure Mme G..., et lui dit qu'elle n'est pas enceinte.

En fin septembre (commencement du 9e mois) un cinquième médecin engage Mme G... à aller consulter

M. Vallois. Il ne veut pas se prononcer, mais il penche plutôt pour un kyste ou pour une grossesse avec fœtus mort. Il est probable, par conséquent, que les signes de quasi-certitude de la réglétion intra-utérine existaient comme le ballottement vaginal, mais que les bruits fœtaux n'étaient pas facilement perçus.

Le 2 octobre 1901, M. Vallois l'examine. Elle n'a réellement commencé à grossir que depuis 3 mois. Elle affirme que jamais elle n'a senti les mouvements de l'enfant, tandis qu'elle les percevait lors des grossesses précédentes.

La pression fait sortir du mamelon un peu de colostrum. A l'inspection, le ventre paraît développé, à peu près comme au terme d'une grossesse, à la palpation, on sent l'utérus ovoïde, sur la ligne médiane, son fond s'élève à six travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic, tête fœtale en bas, reposant sur le détroit supérieur, le fœtus se présente en O. I. D. T.

Les battements fœtaux sont nettement perçus à droite. Au toucher, col non effacé, mais largement ouvert ; tête fœtale non engagée. La paroi fœtale n'est ni chargée de graisse ni infiltrée, diminution très nette de la sensibilité cutanée (abdomen, membres supérieurs, inférieurs), anesthésie pharyngée ; aucun accident antérieur cependant de nature hystérique. Le récit de la malade au sujet des examens antérieurs est confirmé par le mari.

Accouchement normal et rapide, 4 jours après, le 6 octobre, enfant vivant, de volume et de poids normaux.

Observation II

(Brouardel. — *Précis de médecine légale*).

Nous avons vu une fille primipare, paraissant d'ailleurs fort peu intelligente, qui était entrée à deux reprises dans un hôpital de Paris où elle avait été admise comme atteinte d'un kyste de l'ovaire. Pendant son second séjour à l'hôpital elle accoucha, dans les latrines, d'un enfant à terme qu'elle précipita immédiatement dans la fosse. Elle assure qu'elle ne s'était jamais crue enceinte et qu'elle l'avait compris seulement, non pas pendant les douleurs de l'accouchement, mais au moment où l'enfant était sorti.

Cette fille, qui avait avoué son infanticide, paraissait sincère dans ses déclarations, elle avait cru, comme les médecins d'ailleurs, que les troubles ressentis étaient dus au kyste de l'ovaire.

Observation III

Scotton (*The North American Med. Chir. Review*) rapporte à son tour l'observation suivante :

Je fus appelé, en 1852, auprès d'une jeune femme mariée, âgée de 19 ans, et je l'accouchai de son premier enfant dans les circonstances suivantes : on croyait à une inflammation intestinale et je ne trouvai pas de fièvre ; mais, aussitôt mon arrivée, elle

eut une violente douleur, qui reparut quelques temps après ; j'exprimai la crainte d'un avortement, mais la mère m'assura que sa fille n'était pas enceinte, et qu'elle n'avait jamais éprouvé aucun symptôme de grossèsse. Je prescrivis une potion opiacée pour prévenir l'avortement, mais le travail continua et je la délivrai d'un enfant très petit, paraissant à peine vivant. Je le ranimai, maintenant il est âgé de 8 ans.

La mère assure qu'elle n'avait jamais cru être enceinte, que son ventre avait fort peu grossi et si bien qu'elle n'y avait pas fait attention. Ses règles étaient irrégulières , en sorte que je ne pus avoir aucune notion exacte de la durée de la gestation ; je n'avais aucune raison de soupçonner la véracité de la parturiente. Elle fut, au contraire, très heureuse de son accouchement.

Observation IV

Guillon. — *Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie*, 1812.

Sur l'incertitude des signes de la grossesse. Observation d'une femme enceinte qui a porté son enfant jusqu'au terme de l'accouchement sans se douter de son état et qui a pris les douleurs de l'enfantement pour des coliques.

La nature habile à nous cacher les moyens secrets qu'elle emploie pour opérer la reproduction des êtres animés, paraît quelquefois aussi habile à nous voiler les moments mêmes pendant lesquels elle produit ces phénomènes intéressants. Suit un exposé des

moyens de rechercher les signes de la grossesse depuis Hippocrate.

Il montre combien il faut peu compter pour établir le diagnostic de la grossesse sur les signes importants comme les règles, les vomissements, les changements de caractère et surtout « sur ce frissonnement particulier qui se manifeste dans toutes les parties du corps, cette horripilation, ce spasme voluptueux, observé par le Père de la médecine au moment où la femme conçoit ! Il se demande s'il n'est pas plutôt le résultat de ce sentiment inexprimable, de l'ivresse qui accompagne la vraie jouissance causée par l'union des deux sexes ; s'il n'est pas le produit du torrent de plaisir qui bouleverse à ce moment notre machine sans être cependant suivi de la conception ! » Aujourd'hui, où la médecine est plus matérialiste, les traités classiques oublient cette « horripilation hippocratique » dans l'énumération des signes de la grossesse.

Voici son observation.

La femme d'un cultivateur du Jura, âgée de 42 ans, mariée depuis 10 ans, n'avais jamais eu le bonheur de devenir mère, malgré sa robuste santé. Elle se croyait arrivée au temps redouté de la ménopause. Pour chasser les malaises continus qui troublent sa vie, « les empiriques mâles et femelles, ecclésiastiques et profanes, sont tour à tour consultés ». Les drastiques, émétiques, les saignées sont tour à tour employés pendant plusieurs mois et sans effet.

La malade, facilement fatiguée, ressentait des douleurs vagues « dans les régions du bas-ventre

qui paraissaient élevées et tendues ». Or, en mars 1807, des coliques spontanées se manifestèrent d'une manière effrayante.

La douleur augmente considérablement durant toute la nuit, mais ces douleurs terribles, quoique passagères, siégeaient dans la région la plus inférieure du ventre.

Un docteur appelé affirme un début de travail, et, quelques heures après, au milieu de l'incrédulité de la malade et de son entourage, naissait à terme un enfant bien constitué.

Dans l'observation suivante, c'est non pas une primipare de 47 ans, mais une mère de trois enfants qui méconnaît sa grossesse jusqu'au terme.

Observation V

Mouronval, 1825, observe sur une grossesse ignorée jusqu'à l'époque de l'accouchement par une femme qui était mère de trois enfants.

Mme G..., 33 ans, de forte constitution, eut une frayeur (!) qui supprima tout à coup ses règles, en août 1823. Dès lors se manifestèrent céphalalgie, malaise général, douleurs dans les reins et les cuisses, sensibilité de la région hypogastrique, insomnie. Appétit conservé, puis anorexie progressive sans nausées ni vomissements. L'abdomen, siège de douleurs sourdes et irrégulières, devient tendu et ballonné. La malade pâlit, s'affaiblit, est obligée de garder le lit. Des médecins consultés, l'un parle de

môle, un autre d'hydropisie, un autre de rétention des menstrues, aucun de grossesse possible. On applique des sangsues à la vulve, on administre des infusions d'armoise, etc.

L'état général s'aggrave, on s'attend à une terminaison malheureuse, lorsque les douleurs redoublent dans les régions lombaire et hypogastrique, et sont bientôt suivies de l'accouchement. On était à la fin de juin. Mme O... assure avoir porté son enfant pendant 10 mois.

Observation VI

Dayral, 1861. — Grossesse méconnue par la mère jusqu'au moment de l'accouchement).

En mai 1841, à 3 heures du matin, Dayral fut appelé auprès d'une femme dangereusement malade et sur le point de succomber.

En chemin, le mari racontait que 10 mois auparavant, en son absence, sa femme fut effrayée par des hommes se querellant sous sa fenêtre, et dont l'un fut mis tout en sang. Elle était en pleines règles et celles-ci furent, par ce fait, arrêtées. Depuis, elle a toujours été valétudinaire et a gardé les jambes enflées. On arrive auprès de la malade qu'on trouve accroupie au milieu de sa chambre, dans une mare de sang ; à côté d'elle, un enfant nouveau né vivant et paraissant à terme.

Stupéfaction générale et surtout de la parturiente qui, nullipare, au moment où la tête franchissait

la vulve, s'était écrié, au dire d'une assistante : « Repoussez, de grâce, cette grosse boule qui sort aux parties, car elle me fait horriblement souffrir. » Et au moment où l'assistante voulut voir, l'enfant lui tomba dans la main.

Peu de jours auparavant, la parturiente rendait visite à une récente accouchée, et avait beaucoup pleuré sur sa mauvaise santé qui ne lui permettrait jamais de devenir mère !

Le lendemain, complètement revenue de son « hébétude », elle assura n'avoir jamais perçu de mouvements actifs, ni éprouvé de la turgescence des seins. Elle n'avait, en somme, éprouvé que des troubles digestifs (dégoût, nausées, dérèglement dans son appétit, constipation), qu'elle mettait sur le compte de la frayeur du mois de juillet précédent.

Observation VII

Schortt, — Un singulier cas de grossesse méconnue.

Madame B..., 40 ans, grande et maigre, mère de deux enfants. Longtemps malade, crises d'hystérie en mars 1852. Inflammation de matrice qu'elle traita par des purgatifs diastiqués. Le ventre augmente graduellement de volume. Un médecin appelé se prononce en faveur d'un kyste de l'ovaire.

En novembre, elle s'aperçoit qu'elle rend de petites quantités de liquide parle vagin, et suppose que son kyste s'est rompu. Croyant venu le terme de sa maladie, elle ne prend pas de conseils médicaux de

deux jours ; mais alors elle est saisie de violentes douleurs. Un médecin appelé, croyant aussi à un kyste de l'ovaire, prescrit des calmants, et, entre autres, un bain chaud. A peine était elle dans la baignoire qu'à sa très grande surprise, elle donna naissance à un enfant, qui se serait certainement noyé sans la présence d'esprit d'un assistant.

Observation VIII

Observation de Fose. — Un singulier cas de grossesse : une femme, mère de 8 enfants, arrive au terme de sa neuvième grossesse sans qu'elle se doute qu'elle est enceinte.

Madame S..., envoie chercher un médecin pour la délivrer d'une tumeur abdominale, elle n'a plus eu de règles depuis quelques mois, mais, deux jours avant, elle avait perdu près d'un litre de sang dans une forte hémorragie et avait ressenti de violentes douleurs abdominales. Son dernier enfant avait neuf mois et demi Elle ne ressentait actuellement aucun symptôme de grossesse, ni nausées, ni vomissements, ne percevait aucun mouvement ; du reste elle était sûre de n'être pas enceinte.

A l'examen, l'utérus paraît abaissé dans le bassin, l'ouverture dilatée de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50. On pouvait facilement percevoir une tête fœtale, et la poche des eaux commençait à se former. Elle avait de plus dans le bas-ventre des douleurs à courts intervalles. Le médecin annonce au mari que sa femme est non seulement enceinte mais encore à

la fin du travail. Il reste incrédule, faisant remarquer que son dernier-né avait seulement neuf mois ; lui et sa femme pensaient à une tumeur ovarienne pour cette raison.

Persuadé que le travail touchait à sa fin, le médecin attend environ six heures, puis comme aucun progrès n'était fait, il rompt les membranes et il sent alors une grosse tumeur charnue, attachée sur le col, près de l'ouverture. Comme 4 heures après la rupture des membranes rien n'avait progressé, il chloroformise la femme, applique le forceps, il attire la tête à la vulve. C'était une occipito-sacrée, le front dehors sous l'arcade du pubis, l'occiput en arrière (1). L'enfant né en état de mort apparente est ranimé. Il pesait douze livres. Suites de couches normales.

Il est remarquable qu'avec un fœtus si vigoureux, et d'un poids peu usuel (douze livres), la femme ne se soit nullement doutée de sa grossesse. Pas de nausées, d'étourdissements et surtout aucun mouvement actif. Ne pourrait-on pas conclure de cette absence de mouvement actif avec un fœtus si volumineux qu'il faut un certain « jeu » du contenant dans le contenu pour que les mouvements fœtaux se produisent, et par conséquent qu'ils seront rares avec un gros fœtus dans un utérus de moyen volume.

(1) Le texte anglais dit « a face presentation » ce que, primitivement, nous avions traduit « une présentation de la face » mais le reste du texte nous a fait comprendre qu'il s'agissait d'une présentation occipito-sacrée.

Observation IX

Domenikos. — Grossesse ignorée.

Maria K..., 45 ans, bonne santé, esprit lucide, a eu 9 accouchements normaux. Six mois après chaque accouchement, les règles revenaient, mais après le neuvième, elles cessèrent de se montrer pendant deux ans, sans que sa santé en fut aucunement troublée.

En octobre 1891, se trouvant fatiguée par un séjour à la campagne, elle a ressenti des douleurs dans la région hypogastrique, une diminution de ses forces et s'est aperçue aussi que son ventre diminuait. La douleur disparut d'elle-même ; mais un mois après elle reparut bien plus vive, obligea la malade à laisser ses occupations journalières et à aller consulter un médecin, qui l'examina au point de vue obstétrical, malgré les violentes protestations de la malade qui qualifiait d'absurde l'idée d'une grossesse.

Le ventre était peu distendu ; rien à l'auscultation; au toucher, on percevait une dilatation notable du col et un fœtus en présentation du sommet, poche des eaux intacte. Une heure après, devant le mari stupéfait, la femme mit au monde une fillette ayant plusieurs fractures des os du crâne. Un confrère appelé le lendemain, constata aussi l'accouchement, et fit la délivrance. Après un repos de quelques jours au lit, la femme reprit son travail.

Quinze mois se passent sans aucune réapparition des règles, mais sans aucun phénomène de grossesse non plus, sauf une faible augmentation du volume du ventre.

Le 17 janvier 1893, vers midi, Maria K..., prise de douleurs dans la région hypogastrique sent le besoin d'aller à la selle, et, dès qu'elle est assise sur la chaise percée, elle met au monde un enfant vivant et paraissant à terme. Malheureusement, il y eut une rétention placentaire et une forte hémorragie interne qui détermina la mort avant tous secours médicaux.

DEUXIÈME PARTIE

Dans la série des observations précédentes, la grossesse était complètement méconnue jusqu'à son terme, et par les malades et par les médecins. Aucun trouble précis n'attirait spécialement l'attention du côté de l'utérus, et dans quelques-unes mêmes du côté de l'abdomen. Il n'en est pas de même de celles qui vont suivre.

Ici, les erreurs de diagnostic ne résultent pas de l'interrogatoire. Plus haut, la femme ne se rendant pas compte ou niant tout symptôme de grossesse, le médécin ne pouvait en porter le diagnostic ; trop souvent, il oubliait ou négligeait l'examen obstétrical.

Dans les observations qui vont suivre, les malades se plaignent seulement du ventre. Les symptômes sont toujours abdominaux, sinon uniquement utérins. L'examen attentif de la malade s'impose, et, cependant, les erreurs de diagnostic sont commises, non par oubli pour la grossesse, mais parce que les symptômes prédominants n'appartiennent pas à la grossesse seule. D'autres symptômes que les siens attirent l'attention, la détournent de l'utérus, ou plutôt, ses signes revêtent l'allure des signes d'autres affections de voisinage et font laisser l'utérus dans

l'ombre, ou si, comme dans le fibrome, par exemple, c'est encore lui qui crée, les signes revêtent l'apparence d'un trouble utérin autre que la grossesse, autre que l'ampliation par le développement d'un œuf.

Ici, il y a faute dans l'examen qui est insuffisamment rigoureux ou incomplet, ou bien faute dans l'interprétation des signes que cet examen révèle à l'inspection, à la palpation, au toucher, à l'auscultation, à la percussion.

On sait que la suppression des menstrues est la règle dans la grossesse. Mais il ne faut pas conclure d'un écoulement de sang, venu de l'utérus, à l'absence de grossesse et par suite au fibrome, cancer, etc. Il faut d'abord analyser le symptôme, l'hémorragie, s'assurer qu'elle est d'origine utérine, si par sa quantité, sa qualité elle rappelle les règles, si elle n'est pas causée par un accident de la grossesse (insertion basse, décollement prématuré du placenta) avant de conclure à l'absence de grossesse, à la présence d'une autre cause hémorragipare. L'observation suivante en est la preuve.

Routier rapportait à la Société de Chirurgie en 1899 un cas intéressant de Psalboff, de Smyrne, avec hémorragie au cours d'une grossesse méconnue.

Observation X

Une femme de 30 ans entre à l'hôpital pour des métrorragies survenues après une interruption de règles pendant 3 mois. Cette femme niant tout espèce

de rapports sexuels depuis fort longtemps, on procède à la dilatation du col et au curettage de l'utérus.

Malgré cela, l'hémorragie continue et l'utérus étant un peu volumineux on soupçonne un fibrome interstitiel et on se met en demeure de faire une hystérectomie abdominale. Au cours des manœuvres de cette opération, on ouvre l'utérus et on s'aperçoit alors qu'il est gravide. On arrête l'opération ; points de suture sur l'incision utérine et on referme le ventre.

Le traumatisme utérin avait été trop fort, la malade avorta dans la journée, malgré la tolérance extrême qu'avait montrée la matrice à l'égard des différentes manœuvres effectuées. La malade quitte l'hôpital guérie. »

On peut avoir la coexistence d'une grossesse et d'un fibrome qui la masque par son volume et la fait méconnaître par les hémorragies qu'il détermine. Il devient alors difficile d'éviter l'erreur.

Ces hémorragies des premiers mois de lagrossesse sont une chose grave. Non seulement par le fait qui les produit (décollement des membranes, etc.) elles peuvent nuire à la nutrition du fœtus, par suite à son développement et déterminer même son expulsion, mais encore leur production trouble l'accoucheur ; dans la délicate recherche de leur étiologie, il peut faire fausse route, et les attribuer soit à un fibrome, soit à une tumeur maligne, ou bien, si l'état gravidique est reconnu, à une grossesse ectopique. Diagnostic toujours périlleux, puisque, aujourd'hui, le poser c'est décider la laparotomie.

L'observation suivante présente un cas de diagnostic erroné de rupture de grossesse extra-utérine, porté à cause des hémorragies survenues au cours d'une grossesse normale et dues à un décollement prématuré des membranes. La laparotomie resta naturellement négative. Chose heureuse, mais rare, la grossesse continua et donna au huitième mois un enfant vivant et bien développé.

Observation XI

Mme X..., mariée le21 août 1899,enceinte du 10 au 25 septembre, perd du sang le 28 novembre à la suite de contractions utérines. Un chirurgien, appelé en consultation par l'accoucheur, trouve une volumineuse tumeur abdominale remontant au-dessus de l'ombilic. On pense à une grossesse extra-utérine rompue sous le péritoine. La laporotomie est décidée, par peur d'une inondation péritonéale. On reconnaît que la tumeur est contituée par un utérus rempli de caillots. On referme le ventre, sans toucher à l'utérus. La malade guérit. L'utérus diminue peu à peu de volume pendant un mois, puis grossit de nouveau. Bientôt les mouvements de l'enfant permirent d'affirmer la persistance de la grossesse. L'accouchement se fit spontanément à 8 mois, à la suite de la rupture prématurée des membranes. Enfant vivant. Les membranes de l'œuf portaient

sur une partie de leur surface utérine une couche de caillots anciens.

Il est évident, que dans cette observation, l'erreur vint d'une négligence regrettable des signes physiques. Le toucher devait donner le ballottement vaginal,et, malgré les difficultés du diagnostic, la recherche du signe d'Hégar aurait ruiné l'hypothèse d'une grossesse ectopique.

Plus difficile encore sera le diagnostic lorsque dans les premiers mois de la grossesse, le signe d'Hégar, constaté, nous révèlera l'existence d'une grossesse intra-utérine et que des hémorragies se répéteront, causés par une tumeur, un fibrome par exemple.

Pajot, lui-même, a commis une erreur, dans un cas semblable, portant un petit fibrome du segment antéro-inférieur de l'utérus.

Observation XI

Une jeune malade, mariée depuis plusieurs années et sans enfants, avait fréquemment de légères pertes et de la ménorragie. Elle désirait vivement devenir enceinte et venait surtout me consulter, dit Pajot, quand quelques troubles menstruels ou digestifs se produisaient. Elle ne manquait pas de me demander si cette fois ce n'était pas une grossesse.

Elle vint un jour très émue parce qu'elle avait eu trois petites pertes sanguines dans un mois, et, bien que, dans les trois mois précédents, il ne se fut mon-

tré qu'une très légère hémorragie chaque mois, quelques vomissements, des picotements dans les seins et un malaise général, nouveau pour elle, lui faisaient croire à une grossesse.

Le toucher me fit trouver le segment inférieur plus gros qu'à l'état de vivacité, le palper permit de reconnaître un utérus accessible, mais il l'était ordinairement chez cette malade. Le col n'apprenait à peu près rien ; l'auscultation me donna des résultats nuls. Je crus devoir ne me prononcer qu'avec réserve, mais je restai convaincu, à part moi, qu'il se faisait quelque travail dans la région du corps fibreux et que cette *dame n'était pas enceinte*.

Malgré la prescription du repos, de l'abstention de toute excitation sexuelle et de régime doux, comme cela convenait dans tous les cas, cette jeune dame avorta, trois semaines après, d'un fœtus de 3 à 4 mois, et il me devint impossible de me dissimuler à moi-même que si je ne m'étais pas compromis auprès de la malade, je m'étais cependant parfaitement trompé. »

Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop insister sur la valeur de ce signe d'Hégar, pour le diagnostic dans les premiers mois. Nous pourrons, dans un certain nombre de cas, sentir par le toucher une masse plus ou moins consistante qui bombe dans un cul-de-sac et qui n'est point le globe utérin gravide.

Ces erreurs du toucher ne se comptent plus. Elles sont dues, soit à des déviations du corps de l'utérus normal, soit à sa déformation.

A la Société d'Obstétrique de Paris, le 5 juillet 1900, Bar signalait ces causes d'erreur. Dans un cas l'œuf était inséré dans une des cornes de l'utérus qui au début s'était seule développée.

D'autres fois, l'hypertrophie sus-vaginale du col, fréquente dans un utérus gravide très flasque, nous fera prendre le col pour un petit utérus, et le col utérin pour un kyste fœtal ectopique.

Les flexions de l'utérus, les dilatations sacciformes des parois en avant ou en arrière, toutes les déformations utérines compatibles avec la fécondité (utérus bicorne, didelphe, etc.), pourront nous en imposer soit pour une tumeur en dehors de toute grossesse, soit pour une grossesse ectopique tubaire, ovarique ou abdominale, erreur qui produit le même résultat, la laparotomie.

Mais nous n'insistons pas. La question a d'ailleurs été en partie élucidée dans la thèse de David, où l'auteur étudie les multiples causes d'erreur qui font prendre une grossesse intra-utérine pour une grossesse ectopique.

Mais poursuivons notre étude des grossesses méconnues. A côté des déviations de l'utérus normal, de ces déformations d'origine embryologique, il en est d'autres, du domaine de la pathologie qu'il nous faut énumérer. La première c'est le fibrome, puis les tumeurs utérines malignes. De nombreuses observations le prouvent.

Observation XII

(Kaberlé).

Mme Y. C..., 32 ans, trois enfants et une fausse couche. Consulte un accoucheur le 29 juin 1889. Elle nourrit à ce moment-là son dernier né, âgé de 20 mois. Depuis 3 mois, nausées, maux de tête, ballonnements du ventre, présence d'une tumeur au niveau de l'hypogastre. La malade nie toute possibilité de grossesse. Les règles cependant ne sont pas revenues depuis le dernier accouchement. Le palper décèle la présence d'une tumeur au niveau de la symphyse ; elle n'a pas une consistance élastique, mais dure au contraire. Au toucher, le col dur et épaissi est surmonté d'une masse (le corps) en rapports peu distincts avec la tumeur. Celle-ci présente une certaine mobilité vis-à-vis du col. Une sonde pénètre dans la cavité de l'utérus, sur une longueur de 8 centimètres. Il s'agissait donc d'une tumeur en rapport avec la paroi antérieure de l'utérus et contenant des fibres musculaires. Le diagnostic d'une grossesse fut exclu à cause de la netteté avec laquelle on pouvait palper l'utérus. On pensa à un fibrome antérieur. On n'opéra pas, cependant cinq mois après, la femme avorta d'un fœtus de huit mois environ.

Schuhl et Vautrim dans l'*Obstétrique*, du 15 mars 1899, citent tout au long une observation de fibrome avec grossesse méconnue.

Dans la *Gazette médicale* de 1878, Depaul parle d'une grossesse, prise pour une tumeur utérine de mauvaise nature.

En dehors de l'utérus, ce sont les lésions des annexes, dont le diagnostic, avec la grossesse, sera difficile. Bien des kystes de l'ovaire on a cru ponctionner qui n'étaient que des utérus gravides. Dans tous les hôpitaux courent des histoires d'erreurs, faites par des maîtres expérimentés, et, au début de nos études, on nous racontait la déconvenue d'un célèbre chirurgien,qui avait donné un coup de trocart dans un utérus gravide, quand il vit sur la fesse du fœtus ponctionné s'étaler la cicatrice accusatrice.

Ces erreurs sont de tous les temps et de tous les pays. A la Société pathologique de New-York, en 1878, le docteur Mason présentait un utérus, provenant d'une femme, chez laquelle il avait pratiqué l'ovariotomie, sans soupçonner qu'elle fût enceinte.

En examinant cette femme, affligée d'une énorme tumeur ovarique, on remarqua bien que la muqueuse du vagin était congestionnée, et cette particularité avait bien fait soupçonner la grossesse à quelques assistants. Mais le docteur Mason avoue qu'il n'en eut même pas la pensée, et il attribua naturellement cette congestion à la compression exercée par la tumeur. Le col, ni dur, ni mou, n'offrait au toucher qu'une sensation peu précise. L'abdomen fut ausculté à plusieurs reprises par le médecin de l'hôpital, et on ne découvrit aucun signe de grossesse. On procéda donc à l'opération en plongeant un trocart de Spencer Well. Un fluide rougeâtre s'écoule. En in-

troduisant un doigt dans la plaie, le chirurgien reconnaît qu'il est dans l'utérus, et qu'il a ponctionné un placenta. On agrandit la plaie abdominale et on fit l'hystérectomie.

Lenormand (1824) rapporte l'observation d'une grossesse prise, jusqu'à sept mois, pour un squirrhe de l'ovaire droit.

Fœlner, de Lyon, à la première session de la Société obstétricale de France, insiste sur les difficultés du diagnostic de la grossesse au début. Appelé auprès d'une jeune fille tuberculeuse présentant des vomissements persistants, il constata l'existence de tumeurs abdominales, dures et inégalement réparties. Deux masses latérales, mamelonnées, étaient réunies par une portion fluctuante. Le diagnostic posé fut celui de double sarcome de l'ovaire, avec kyste aberrant.

La laparatomie permit l'ablation d'un utérus, légèrement fibromateux, renfermant un fœtus de 4 mois.

On croira d'autant plus facilement à un kyste de l'ovaire que l'utérus gravide contiendra plus de liquide, dans l'hydramnios par exemple, et l'erreur sera d'autant plus excusable.

Chez une femme de 24 ans, opérée avec succès d'un volumineux kyste de l'ovaire, M. Reverdin, vit se développer, dix-neuf mois après la première opération, une tumeur abdominale manifestement liquide et augmentant très rapidement de volume. Les règles avaient persisté, mais sans régularité. Il pensa à une récidive du kyste et se mit en devoir de l'extirper.

Après avoir incisé la cicatrice de la première opération, il pénétra dans l'abdomen et tomba sur une masse d'adhérences solides ; voulant séparer ces dernières, il donne un coup de ciseaux malheureux dans l'intestin grêle qu'il résèque en partie, et dont il suture ensuite les deux bouts. La tumeur liquide apparut avec des caractères qui n'appartiennent pas aux kystes de l'ovaire. Reverdin croit qu'il s'agit d'un kyste para-ovarique ponctionné. Il s'écoule un liquide clair, puis apparaît une anse de cordon ombilical, Il s'agissait d'une hydramnios.

Nous ne parlerons pas des cas dans lesquels une grossesse fut confondue avec une hématocèle, comme le cas arriva à Terrier, ni avec une appendicite.

Dans beaucoup de cas, toutes ces erreurs, très souvent excusables, auraient peut-être été évitées par la recherche du choc fœtal et des bruits du cœur du fœtus.

CONCLUSIONS

Deux grandes causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse :

1° Un interrogatoire insuffisant ;

2° Un examen incomplet:

I. — Dans le premier cas, la femme ignore son état, n'appelle pas le médecin ; on détourne son attention par l'exposé de symptômes à côté. « On oublie » de songer à la grossesse.

II. — Dans le second, la femme se plaint de son abdomen, sinon de son utérus. Forcément il y a examen du ventre. Il faut chercher les signes qui font le diagnostic d'avec les autres affections soit internes, soit abdominales (malformations, déviations, fibromes, kystes de l'ovaire, annexites, appendicites, etc.), l'examen doit être méthodique, rigoureux dans ses recherches (vue, palper, toucher, percussion, auscultation).

Pour cela, le médecin doit faire une analyse minutieuse des symptômes présentés, en recherchant surtout avec soin les signes dits *de certitude,* qui ne peuvent jamais faire défaut, quand l'œuf est intra-utérin et vivant, à savoir : *a*) du troisième au sixième mois, le ballottement vaginal ; *b*) à partir de quatre mois et demi, les bruits du cœur fatal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMUSSAT. — Rétroversion de l'utérus gravide. *Journ. de chir.*, Paris, 1843.

BAN (P.). — L'obstétrique, 1901, p. 54.

BAN (P.). — Sur une forme irrégulière de l'utérus pouvant devenir une cause d'erreur dans le diagnostic de la grossesse intra-utérine à son début. L'obstétr., 1900, p. 54.

BARMEAN et ANDEBERT. — Appendicite et grossesse. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, septembre.

BIARÈS (D.).— *Progrès Médical de Syra*, Grèce. 'Ιατρική Πρόοδος, Σύρου., 1900, Ε', p. ΔΔ'.

BONTE. — Kyste de l'ovaire et grossesse, *Journ. des sc. méd.*, Lille, 1899, décembre.

BOURRUS. — Etude sur les formes anormales de l'utérus gravide. Thèse Bordeaux, 1891.

BRUCH (A.). — 1898. Grossesse méconnue et fausse grossesse. *Bull. Méd.*, Paris, 1898, XII, 891-893.

CHAVANNAR. — Difficulté de diagn. dans certains cas de gross. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1901, p. 681.

CURNSO (J.). — Sur la persist. de l'hémorr. menstruelle pendant la grossesse. Archiv. d'obstetricia e gynecologia, anno VII, n° 4. Compte rendu des séances de la section d'obstétrique. XIIIe Congrès intern. de méd. de Paris, 2-9 août 1960.

DAMAS et ARMAND.— Gross. à diagn. difficile.., *L'obstétr.*, 1899, p. 312.

DAVID (L.). — Thèse Montpellier, 1901. Grossesses intra-utérines prises pour extra-utérines.

DAYRAL. — Grossesse méconnue par la mère jusqu'au moment de l'accouchement, 1861, Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire. Compte rendu de ses travaux, tome II, 1re partie, p. 247-250.

DEMELIN. — Accumul. fœcale dans l'S iliaque simulant l'S extra utérine. *L'obst.*, 1877, p. 432.

DIEULAFOY. — Append. et grossesse. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, VIe leçon, p. 315.

DOMENIKOS. — Grossesse ignorée. *Prog. Méd. de Syra* (Grèce).

DUBOIS (P.). — *Gaz. des hôp.*, 1841. Conception malgré la présence de débris du placenta, et, dans un autre cas, malgré la présence des débris d'un autre fœtus.

FAX (D.-R.). — Un singulier cas en obstétrique. Une femme mère de 8 enfants arrive au terme de la grossesse sans se douter qu'elle est enceinte. Nouv.-Orléans, *Med. and Surg. Journal*, 1888-9, n. s, XVI, 37-38,

FICHEND. — Thèse Paris, 1874. Causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse.

FILIATRE (L.). — Append. et gross. *Bull. de la Soc. anal.*, 1898, décembre.

GUILLON. — 1812. Quelques idées sur l'incertitude des signes de grossesse. *Journ. de méd.*, *chir.*, *pharm.*, *etc.*, Paris, 1812, XXIV, 263-271.

GUILLON. — *Journ. de méd., chir., pharm., etc.*, mai 1812, t. XXIV, p. 263-271.

HERMES. — Gross. intra et extra-utérines. *Presse Méd.*, 1900, p. 36.

JOULIN. — Traité complet d'accouchements, 1867.

LEGENDRE. — Appendicite et grossesse. *Presse Méd.*, 1897, n° 27.

LENORMAND. — 1824. Observation d'une grossesse prise jusqu'à sept mois pour un squirrhe de l'ovaire droit et méconnue au moyen du stéthoscope. *J. gén. de méd., chir. et pharm.*, Paris, 1824.

Lepage. — Diagn. de la gross. extra-utérine. *Tabl. médicale*, 1899, n° 22.

Lévy (E.). — Grossesse de 6 à 7 mois, avec enfant mort, simulant une tumeur fibreuse. XIII[e] Congrès intern. de méd. de Paris, 1900. Section d'obstétrique.

Mouronvals. — Observ. sur une grossesse ignorée jusqu'à l'époque de l'accouchement par une femme qui était mère de 8 enfants. *Journal complémentaire du Diction. des sc. méd.*, Paris, 1825, XXIII, 281-283.

Muret. — Diagnostic différentiel de la grossesse utérine. *Revue de gyn. et chir. abdominales*, 1898, p. 947.

Muret. — Diagn. différ. de la gross. utérine. *Rev. de gyn. et chir. abd.*, 1898, p. 947.

Nole (Ch.). — Diagn. de la gross. pendant les 3 premiers mois. Arch. de tocol. et gynécol., 1895.

Olivier. — Hémorr. par décoll. prématuré des memb. *L'obstétr.*, 1884.

Pajot. — Grossesse prise pour un kyste de l'ovaire. *Journal des connaiss. méd. pratiques*, Paris, 1884, VI, 82.

Pajot. — Travaux d'obstétrique et de gynécologie.

Pinard. — Torsion d'un pédicule de kyste de l'ovaire prise pour une grossesse extra-utérine. *Presse Méd.*, 1900, p. 124.

— Gross. et append. Ann. de gynécol. et d'obstétr., mars 1895, p. 177, et *Bull. Acad. méd.*, 1899, p. 221.

Psaltoff de Smyrne. — 1899. Sur une observation de grossesse méconnue. Routier, rapporteur à la Soc. de chirurgie.

— *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1899, XXV, 866-868.

Reverdin (A.). — 1894. Grossesse prise pour kyste de l'ovaire, résection de l'intestin, opération césarienne, cohystérectomie abdominale. Guérison.

— *Bulletin Soc. de chir.*, Paris, 1894, XX, 199.

Rhades (F.). — Mémoire sur cette question : Si une femme enceinte peut ignorer son état jusqu'au terme de l'accouchement. *J. complém. du dict. des sc. méd.*, Paris, 1825, XXI, 128-140.

Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Scotton. — The North American Med. chir. Review, septembre 1850, p. 894 ; 1900, p. 442.

Segond — Gross. utérine prise pour extra-utérine grâce à la fixation de l'utérus en latéro-version gauche. *Sem. gyn.*, 1901, mai.

Shortt (J.). — Un singulier cas de gross. méconnue et de délivrance pénible. Trav. obst. Soc. de Londres, 1862-63, IV, 202-204.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements. Paris, 1886.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 décembre 1901
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 décembre 1901
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!